PROPOSITIONS ET GÉNÉRALITÉS N° 243.

SUR

QUELQUES POINTS TOKOLOGIQUES

(EUTOCIE OU DYSTOCIE);

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR VICTOR LADVOUÉ, de Moulines,

Département de la Manche;

Externe des hôpitaux civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

« *Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis,*
« *Causa, sed utilitas, officiumque fuit.* »

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Recevez l'hommage de ce faible travail ; il est le fruit de vos généreux sacrifices, et le gage de mon amour filial et de ma reconnaissance sans bornes, qui s'efforceraient en vain de le rendre digne de vos bienfaits.

A MON MAITRE,

MONSIEUR FOUQUIER,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital de la Charité, etc.

Témoignage d'estime et de reconnaissance.

V. LADVOUÉ.

INTRODUCTION.

PARMI les nombreux objets dont s'occupe l'art de guérir, aucun n'est plus digne de fixer l'attention du médecin que celui qui a pour but de veiller à la conservation de cet être sur lequel la nature semble avoir versé d'une main également prodigue les charmes et les maux, et de veiller en même temps au salut du doux fruit de son amour. A peine échappée aux misères du bas âge, la femme trouve dans l'invasion de la nubilité une source féconde de souffrances et de dangers. Devient-elle mère, nouveaux périls, nouvelles douleurs; enfin parvenue au terme de l'accouchement, elle ne peut perdre le gage de ses amours sans éprouver de nouvelles peines. Cette époque est donc bien digne de tous les soins du médecin philosophe. Ce sont ces réflexions et l'intérêt qu'on porte naturellement à l'auteur de ses jours qui m'ont engagé à choisir pour sujet de ma thèse des propositions sur un sujet malheureusement trop négligé dans les campagnes, et qui cependant mérite notre plus grande attention.

J'aurais bien désiré soumettre à mes savans juges un sujet mieux traité, mûri par un plus grand travail et de plus longues recherches; mais des circonstances m'ont forcé à n'y réfléchir que peu de temps, et à le traiter à la hâte; je le regarde comme matière d'un sixième examen. Je n'ai songé, en le choisissant, qu'à le mieux connaître, à remplir une tâche qui m'est imposée.

Plusieurs des opinions que j'ai *émises* sont contraires à celles de la plupart des accoucheurs de Paris, et le seront peut-être à celles de mes juges ; mais je ne les ai *présentées* que dans l'intention de pouvoir m'éclairer sur un sujet aussi important. Je suis prêt à profiter des leçons et des sages conseils de mes illustres maîtres.

C'est surtout aux savantes leçons de M. *Desormeaux*, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, et à celles de MM. *Velpeau*, *Maygrier*, professeurs particuliers, que je dois mes faibles connaissances dans l'art des accouchemens : je ferai tout mon possible pour me montrer leur digne élève. J'avais d'abord fait une histoire générale du vaste sujet que j'ai embrassé ; mais, effrayé de l'étendue qu'aurait eue ma thèse et de la dépense, j'ai pris de mon premier travail les propositions qui m'ont paru les plus intéressantes, tâchant de suppléer verbalement à beaucoup de choses qu'il est indispensable de connaître, et que j'ai été obligé d'omettre. J'ai voulu être le plus court possible ; j'ai cependant encore été obligé de m'arrêter plus que je ne l'aurais desiré dans quelques endroits qui l'exigeaient.

PROPOSITIONS ET GÉNÉRALITÉS

SUR

QUELQUES POINTS TOKOLOGIQUES

(EUTOCIE ET DYSTOCIE).

I. L'art des accouchemens se lie par une infinité de points aux sentimens les plus doux de la nature et aux intérêts les plus chers de la société. D'une part, il favorise la naissance d'un nouvel être, et lui ouvre pour ainsi dire les portes de la vie; de l'autre, sentinelle active, il veille sur les jours de la mère, et s'il n'a pu lui épargner les douleurs salutaires et indispensables qui l'ont rendue mère, il écartera du moins loin d'elle les dangers qui trop souvent la menacent et l'atteignent au moment où elle devrait jouir du fruit de ses souffrances.

II. Cet art est essentiellement conservateur. Sa marche vers la perfection n'a été signalée que par les services sans nombre qu'il a rendus à la société. Jouissant d'un éclat qu'il doit aux grands hommes qui l'ont exercé, nul n'est vraiment plus utile et ne mérite mieux notre reconnaissance. Chaque jour il travaille à assurer la perpétuité des familles; chaque jour il contribue à faire entrer de nouveaux membres dans le sein de la société. C'est à ce double titre que les anciens, pé-

nétrés de son utilité, avaient assigné à la reine des dieux la fonction touchante et délicate d'y présider.

III. Mais par cela même que l'art des accouchemens est essentiellement conservateur entre les mains d'une personne habile, il devient meurtrier entre celles de l'ignorance et du charlatanisme. Rioland (*Ars bene medendi*) avait senti cette vérité importante : *Sapienter Herophylus morborum remedia, si ab indoctis medicis usurpentur, venena; si verò à doctis, et exercitatos, deorum auxiliares manus appellabat*; et Hérophyle ne l'avait pas moins bien sentie.

VI. Si l'on juge de l'excellence d'un art par les avantages que l'on en retire, il n'en est aucun qui puisse l'emporter sous ce rapport sur l'art des accouchemens. Souvent par son intervention, l'enfant ou la mère, et quelquefois tous les deux en même temps, sont soustraits à une mort prématurée. En effet, si la femme est secourue à temps par un accoucheur instruit dans son art, et suffisamment versé dans les connaissances médicales, il peut facilement remédier au plus grand nombre des obstacles qui peuvent survenir pendant la durée du travail.

V. Dans l'art des accouchemens, comme dans toutes les autres branches de la médecine, l'honnête homme, qui ne peut être heureux que par les services qu'il rend à ses semblables, doit s'entourer de toutes les lumières qui peuvent rendre ses opérations sûres et bienfaisantes; et pour y parvenir, il doit chercher à agrandir la sphère de ses connaissances, scruter dans le domaine de la nature, et observer attentivement sa marche lente, graduée, et presque toujours assurée, et ne pas laisser aller le moment où la nature a besoin de secours.

VI. Dès que l'accoucheur est auprès d'une femme en travail, il devient responsable de tous les événemens qui pourraient survenir; il doit donc ne pas perdre de temps, et s'assurer par le toucher de l'état

dans lequel se trouve la femme, afin de rester tranquille spectateur de l'exercice de cette fonction si tout est bien disposé et si les forces de la nature sont suffisantes, ou bien afin de lever les obstacles ou de remédier aux accidens qui se présenteraient.

VII. Quelques personnes font des préparations aux parties génitales pour les dilater et faciliter le passage du fœtus, ce qu'elles appellent *faire leur travail.* Ces préparations consistent dans l'introduction des doigts dans la partie inférieure du vagin pour en faire la déduction, repousser en arrière le périnée et le coccyx. L'effet le plus ordinaire de ces manœuvres, très-douloureuses, est de contondre les parties de la génération et d'y déterminer des ecchymoses, et souvent une inflammation suivie de suppuration et d'escharres gangréneuses.

VIII. Si les accidens sont moins communs aujourd'hui à la suite des couches, ce n'est pas parce que les accoucheurs savent opérer avec plus de dextérité, mais parce qu'ils sont moins souvent actifs, et qu'ils dirigent plus convenablement les femmes.

IX. L'accoucheur, avant de prononcer que le travail est commencé, doit tâcher de distinguer les vraies douleurs des fausses. Ce diagnostic est de la dernière importance, puisque l'on doit favoriser les douleurs qui sont le prélude de l'enfantement, et tâcher de calmer celles qui sont étrangères aux contractions de la matrice, puisque leurs persévérance peut donner lieu par la suite à un travail accéléré.

X. *Hippocrate* croyait que la cause de l'accouchement devait être attribuée aux efforts du fœtus dans le sein de la mère; mais on a bientôt reconnu que le fœtus était tout à fait passif dans cet acte, et qu'on devait plutôt l'attribuer aux contractions de la matrice, aidée de celles du diaphragme, et des autres muscles des parois abdominales. Dans quelques cas, l'une de ces espèces de force peut suffire.

XI. Il est hors de doute que les douleurs de l'accouchement dépendent des contractions plus ou moins fortes du tissu musculeux de la matrice : les phénomènes qui l'accompagent le prouvent assez. Quelque vives qu'elles soient, on n'observe pas de fièvre.

XII. Des fausses douleurs dans l'origine peuvent, si elles sont intenses et qu'elles se prolongent, occasionner sympathiquement les contractions de la matrice, et donner lieu aux vraies douleurs de l'enfantement ; elles se sont alors converties accidentellement en vraies douleurs ; mais alors on ne doit pas les favoriser, à moins que le travail soit tellement avancé, qu'on ne puisse plus espérer de les suspendre.

XIII. L'utilité de la poche des eaux est si évidente et si généralement reconnue par les accoucheurs, qu'on ne doit jamais la rompre que dans le cas de nécessité absolue.

XIV. Diverses dénominations ont été données aux accouchemens, suivant qu'ils exigent ou non les secours de l'art. Je préfère les noms d'*eutocie* (de *ευ*, *bien*, et *τοχος*, *accouchement*) et de *dystocie* (de *δυς*, *difficulté*, et *τοχος accouchement*).

XV. Les premiers sont heureusement beaucoup plus fréquens que les autres. Il s'est fait à la Maternité de Paris, depuis l'année 1797 jusqu'à la fin de 1811 vingt mille trois cent cinquante-sept accouchemens, parmi lesquels vingt mille cent quatre-vingt-trois naturels. Ainsi, il n'y a qu'un accouchement de difficile sur soixante-deux.

XVI. Cependant dans la pratique particulière, beaucoup d'accoucheurs prétendent avoir un accouchement difficile sur dix, et même sur six.

XVII. D'où vient cette différence; est-ce que chez les femmes aisées les accouchemens sont plus souvent difficiles que dans la classe pauvre, qui est obligée d'aller accoucher dans les hospices? Je ne le pense pas. Je trouverai plutôt la raison de cette différence en ce que, dans les hôpitaux, il n'y a que des médecins instruits, qui n'agissent point pour le plaisir de faire quelque chose, qui accordent à la nature toute la confiance qu'elle mérite, et ne viennent point la troubler dans le vain prétexte de l'aider à mieux faire pour ne pas demeurer inactifs; mais qui savent appliquer à propos et dans les cas où elles sont indispensables, les ressources d'un art qui a pour principe fondamental de conserver toujours et de ne jamais détruire sans nécessité absolue.

XVIII. Des manœuvres imprudentes, intempestives, ne sont cependant malheureusement que trop nombreuses. Ici c'est une sage-femme ignorante, dont l'audace ou l'effronterie remplace le savoir, qui ne peut rester inactive près des malheureuses assez irréfléchies pour lui accorder leur confiance; là, ce sont des accoucheurs non moins ineptes, et d'autant plus dangereux qu'ils savent inspirer plus de sécurité, de ces êtres qui se font un titre de gloire des nombreux accouchemens difficiles qu'ils ont terminés, voulant à toute force accoucher sans donner le temps à la nature, plus sage qu'eux, de terminer son œuvre, et, pour paraître nécessaires, ne craignent pas de contrarier, de gêner, de tourmenter l'organisme au point de rendre dangereux l'accouchement le plus naturel. D'autres fois ce sont de ces êtres criminels autant que méprisables qui, pour se faire une réputation parmi les gens du monde, s'empressent d'opérer toutes les fois qu'ils croient pouvoir en retirer profit, sans tenir compte des dangers auxquels ils exposent la mère et l'enfant. « Je me crois obligé (avance *Diderot*) « par l'intérêt que tout honnête homme porte à la naissance des « citoyens, de déclarer que, poussé par la curiosité, je me fis con- « duire chez une de ces sages-femmes qui font des élèves, et que je

« vis là des exemples d'inhumanité qui seraient presque incroyables « chez les barbares.

« Ces sages-femmes, dans l'espoir d'attirer chez elles un plus grand « nombre de spectateurs, faisaient annoncer, par leur émissaire, « qu'elles avaient une femme en travail, et que l'accouchement serait « certainement contre-nature. On accourait, et pour ne point trom- « per l'attente générale, elles retournaient l'enfant dans la matrice, « et le faisaient venir par les pieds ! Je n'oserais pas annoncer ce fait, « si je n'en avais été témoin plusieurs fois, et si la sage-femme n'avait « eu l'impudence d'en convenir avec moi. J'invite donc ceux qui « sont chargés de veiller aux désordres qui se passent dans la société « d'avoir les yeux sur celui-là. »

Espérons que de pareils faits ne se rencontreront pas de nos jours. Les lumières sont généralement trop répandues pour qu'on les souffrît sans en punir les auteurs.

Maintenant on ne doit pas être étonné pourquoi la dystocie est plus commune dans la pratique civile que dans les hôpitaux.

XIX. L'accouchement par le pelvis peut, le plus souvent, se faire seul ; mais l'enfant vient alors bien plus souvent mort que dans l'accouchement par le sommet. A la Maternité de Paris, sur huit cent quatre enfans expulsés de cette manière, cinq cent quatre-vingt-un sont nés bien portans, tandis que sur vingt mille six cent quatre-vingt-dix-huit positions du vertex, il n'y a eu que six cent soixante-huit morts-nés.

XX. Lorsque l'enfant présente l'extrémité pelvienne, on doit toujours abandonner l'accouchement aux ressources de l'organisme, à moins que des circonstances particulières ne réclament impérieusement une conduite opposée. Si la poche des eaux ne se déchire qu'après la dilatation complète du col, si la position est franche et les contractions soutenues, le fœtus sortira effectivement avec presque au-

tant de facilité et sans courir beaucoup plus de dangers que s'il descendait par la tête; mais si les membranes se rompent dans le principe, si l'on exerce la moindre traction sous le prétexte d'accélerer l'accouchement, souvent alors les difficultés se multiplient à l'infini, et la vie de l'enfant est souvent compromise.

XXI. Le principal rôle de l'accoucheur près d'une femme dans les douleurs de l'enfantement est de prévoir les accidens qui peuvent survenir, de les reconnaître, et d'y remédier quand ils arrivent; d'appliquer les ressources de l'art quand elles deviennent nécessaires, et dans le moment opportun; il doit par la confiance qu'il inspire calmer toutes les inquiétudes, donner du courage et de la résignation en parlant à la femme avec douceur, et lui disant de prendre courage, qu'elle va bientôt être délivrée, et donner à la société un nouvel être qui lui fera oublier ses peines.

XXII. Lorsque ce n'est ni la tête, ni le pelvis qui se présente, on se presse en général trop d'en faire la version avec la main; il est certain que dans beaucoup de cas l'organisme seul triompherait de cette difficulté si on abandonnait l'accouchement à lui-même. On a raisonné en pratique comme si les positions du tronc une fois déterminées ne devaient jamais changer. Or, l'observation prouve chaque jour que pendant le travail différens points du fœtus, quoique fort éloignés les uns des autres, peuvent s'offrir alternativement à l'orifice; que les positions du dos ou de l'épaule peuvent se transformer en positions de la tête et du siége, que les positions en apparence les plus désavantageuses seraient quelquefois remplacées par des positions normales, si tous les accoucheurs étaient assez instruits pour savoir attendre.

M. *Velpeau* rapporte qu'une jeune femme enceinte pour la seconde fois entra à l'hôpital de l'École de Médecine au mois d'août 1825, à dix heures du matin. Le col était encore peu dilaté, toutefois il put reconnaître l'épaule gauche en seconde position. Les eaux ne s'écou-

lèrent qu'à trois heures de l'après-midi. Quatre élèves exercèrent le toucher, et reconnurent, comme lui, la présence de l'épaule. Il ne voulut point aller chercher les pieds : les douleurs n'étaient ni très-fortes, ni très-fréquentes. A huit heures, l'épaule était sensiblement déjetée vers la fosse iliaque gauche, et il put facilement sentir l'oreille à droite. A onze heures, la tempe était presqu'au centre de l'orifice ; l'énergie des contractions avait augmenté, et le col était complètement effacé. A minuit, l'occiput s'abaissa, la tête s'engagea, et dans l'espace d'une heure l'enfant fut expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite.

On lit dans *Louise Bourgeois* qu'un fœtus laissa sortir son bras et le retira ensuite, et que l'accouchement ne se fit que deux mois après. *Deumann*, *Baudelocque*, *Schweighœuser*, etc., en rapportent aussi des exemples.

Les cas de version spontanée sont assez rares, et ne peuvent avoir lieu que quand l'utérus est encore distendu par les eaux de l'amnios, et quand le fœtus est petit et mobile ; ainsi je n'ai pas prétendu que l'on doive toujours l'attendre ; seulement je crois que, lorsque la poche des eaux n'est pas encore percée, l'orifice de l'utérus n'est pas encore complètement dilaté, les douleurs ne sont ni vives, ni fréquentes, et que les forces de la femme paraissent être loin d'être épuisées, on ne doit point se presser de faire la version du fœtus, bien que l'on ait reconnu qu'il présente une position vicieuse.

XXIII. On doit, à l'exemple de *Baudelocque*, rompre promptement les membranes quand le fœtus, après avoir pris successivement diverses positions, se présente enfin d'une manière convenable, afin de l'empêcher d'en changer encore.

XXIV. On donne en tokologie le nom de *version* à l'action de retourner le fœtus avec la main, et de ramener une des extrémités de son grand diamètre au détroit supérieur.

XXV. Le moment le plus favorable pour pratiquer la version est

lorsque la poche des eaux est bien formée et la dilatation complète. Il faut avoir soin d'opérer immédiatement après la rupture des membranes, et profiter de ce que la matrice, n'étant pas encore revenue sur elle-même, conserve toute son étendue; mais on est quelquefois obligé d'avoir recours à la version avant que la poche des eaux ne soit formée. Il faut encore avoir soin de choisir pour l'opérer l'intervalle de deux contractions utérines, et profiter du relâchement où se trouvent alors les parties.

XXVI. La version peut se faire de deux manières, par la tête ou par les pieds : la première est la plus ancienne, *Hippocrate* en parle dans l'Histoire des maladies des femmes. Elle était d'abord la seule employée; mais lorsque la version par les pieds fut connue, on négligea la première. Presque tous les accoucheurs modernes ne parlent de la version par la tête que pour la rejeter, et ont toujours recours à la version par les pieds; je crois qu'ils sont trop exclusifs, et sont tombés dans un excès contraire à celui des anciens; qu'ils ont rejeté la version céphalique avant de l'avoir bien examinée, du moins les preuves qu'ils donnent pour la rejeter toujours ne me paraissent pas très-concluantes. Ainsi les causes pour lesquelles ils rejettent la version par la tête sont, la difficulté de son exécution, le peu de prise qu'offre la tête à la main qui cherche à la saisir, et l'impossibilité de la ramener au détroit toutes les fois que la matrice est tant soit peu resserrée sur le fœtus; ils ajoutent que, dans les cas même les plus heureux, une fois la version opérée, la main ne peut plus aider l'accouchement, qu'on est obligé d'abandonner alors aux ressources de l'organisme, à moins d'avoir recours au forceps, tandis qu'en agissant sur les pieds, il est très-facile d'extraire le fœtus sans employer d'autres instrumens que la main qui est allée les chercher; enfin, que l'accouchement par l'extrémité pelvienne étant presque aussi naturel que l'accouchement par la tête, la version pelvienne est la seule à laquelle on doive avoir recours.

Je conviens avec eux que la version par l'extrémité céphalique est

bien plus difficile que celle par l'extrémité pelvienne ; mais pour adopter dans tous les cas cette dernière, il ne suffit pas qu'elle soit plus facile à exécuter, il faudrait encore qu'elle ne fût pas plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant, ce qui n'a pas toujours lieu, ainsi que je le prouverai plus tard. Ensuite, il ne me paraît pas toujours aussi difficile qu'ils ont bien voulu le dire, d'embrasser avec la main la tête dans la matrice, et d'exercer sur elle des efforts considérables. A moins que les eaux ne soient écoulées depuis long-temps, on parvient souvent sans trop de peine à saisir l'occiput, et à le ramener au centre de l'orifice, quelque éloigné qu'il en fût d'abord ; ensuite, en général, il s'agit bien moins dans cette opération d'accrocher la tête que de la forcer à descendre en repoussant la partie qui s'est engagée à sa place. Dans la version par les pieds, la main une fois dans la matrice peut toujours, avec plus ou moins de difficultés, atteindre les pieds et les amener à la vulve. Dans cette première manœuvre, on expose rarement les jours de la femme; il n'en est pas de même de ceux du fœtus, on est souvent obligé de pelotonner l'enfant sur sa face antérieure, pour aller chercher les pieds, et de leur faire parcourir beaucoup de chemin avant de les amener à la vulve : dans cette manœuvre, on peut tordre le cou de l'enfant, déchirer la moelle épinière, et lui donner ainsi la mort. On a aussi à prendre garde de prendre les bras pour les pieds, et de les amener à l'orifice, ce qui compliquerait la manœuvre ; souvent encore, si l'on agit trop brusquement, on fracture, on luxe les membres pelviens. Les pieds une fois à la vulve sortent assez facilement ; mais bientôt le ventre et le thorax, obligés de vaincre la résistance du col, ne supportent que rarement cette compression au-delà de quelques minutes sans les plus grands dangers pour l'enfant ; le foie et les autres viscères abdominaux doivent réagir sur les gros vaisseaux ; la circulation du cordon, pressé contre la poitrine, et les mouvemens du cœur ne peuvent manquer d'être fortement gênés, sinon tout à fait suspendus. Ensuite, si l'on fait des tractions sur l'enfant pour terminer plus promptement l'accouchement, ces tractions portent principalement sur la moelle épinière cervicale, et peuvent la

déchirer, et tuer ainsi l'enfant. Ensuite, la pression successive qu'éprouvent les parties de bas en haut refoulent nécessairement le sang vers la tête, et détermine cet état de congestion qu'on rencontre si souvent chez les enfans qui viennent par les pieds; quelquefois alors, malgré les soins les mieux combinés, on ne peut les rappeler à la vie. Un dernier inconvénient que peut présenter la version par les pieds, c'est que les tractions que l'on est quelquefois obligé de faire sur l'enfant lorsque l'on veut terminer promptement l'accouchement amènent souvent les grands diamètres de la tête au centre du bassin, c'est-à-dire les diamètres occipito-frontal, ou occipito-mentonnier, à la place du diamètre occipito-bregmatique, ce qui rend la sortie de la tête impossible, et oblige de ramener le diamètre occipito-bregmatique au centre du bassin, ce que l'on exécute avec beaucoup de difficulté, et rend l'accouchement plus long.

L'accouchement par le vertex ne présente pas tous ces inconvéniens, Une fois qu'on a ramené la tête au centre du bassin, souvent alors l'accouchement se termine naturellement; s'il ne se termine pas, on peut alors appliquer le forceps sur la tête de l'enfant, et il court encore moins de dangers que par la version par les pieds.

XXVII. Je conviens que, dans quelques cas, on est obligé d'avoir recours à la version par les pieds; mais je crois que l'on doit essayer la version céphalique, 1°. lorsque le bassin est bien conformé, qu'aucun autre accident ne complique la position vicieuse du fœtus, et que la tête se trouve aux environs du détroit en position inclinée; 2°. dans les présentations de l'épaule, du dos et de la partie antérieure du thorax, si le bras lui-même n'est pas sorti, et si l'utérus n'est pas trop fortement contracté; en un mot, toutes les fois que les pieds sont plus éloignés du détroit que le sommet. D'ailleurs, après l'avoir inutilement tentée, rien n'empêche d'aller chercher les pieds.

XXVIII. Il existe beaucoup de cas où la version par les pieds est la seule que l'on puisse et que l'on doive essayer, bien que la tête soit

plus près de l'orifice utérin que les pieds ; si, par exemple, il y a long-temps que les eaux se sont écoulées, et si la femme est déjà très-affaiblie, il faut alors recourir à la version par les pieds si on la croit plus prompte et plus facile ; mais c'est surtout lorsque le fœtus est très-mobile dans la matrice, que les eaux viennent de s'écouler, et que les forces de la femme sont loin d'être épuisées, que l'on doit essayer la version par la tête.

XXIX. L'accouchement où l'enfant présente le bras a été long-temps regardé comme le plus difficile de tous ceux qu'on termine avec la main ; mais depuis les travaux de *Solayrez* et de *Baudelocque*, depuis surtout que ce dernier a donné des règles précises pour terminer cet accouchement, il n'a pas paru plus difficile que les autres qui exigent la version. Je dirai même que la sortie du bras est quelquefois avantageuse pour porter un diagnostic sûr.

XXX. Dans la présentation du bras, le bras et l'épaule se tuméfient souvent, semblent remplir complètement le vide de l'orifice, et opposer à l'introduction de la main un obstacle insurmontable ; plusieurs accoucheurs ont alors arraché le bras en le tordant, ou en ont fait l'amputation dans le sein de la mère. Cette pratique me paraît barbare, et je crois que l'on n'est jamais forcé de l'exécuter, parce qu'il est toujours possible d'introduire la main dans la matrice ; seulement il ne faut jamais perdre courage ; ainsi c'est, à mon avis, avec le plus grand tort qu'on l'a conseillée et exécutée dans ces derniers temps. Je suis loin de partager l'avis de cet accoucheur qui, dans un mémoire qu'il vient de faire paraître, s'appuie de l'autorité d'*Ambroise Paré* pour conseiller l'amputation du bras. Ainsi, lorsqu'une erreur a échappé à quelque grand maître, et que les progrès de la science en ont prouvé l'évidence et l'ont fait disparaître, je ne pense pas que l'on puisse s'appuyer de l'autorité de ce grand maître pour s'excuser lorsque l'on a aussi commis cette erreur.

XXXI. Excepté un petit nombre de cas, où il faut agir avec promp-

titude pour soustraire la femme au danger pressant qui la menace, on doit procéder à l'extraction du fœtus avec lenteur, sans secousse, sans violence, attendant les contractions utérines, secondant leur action plutôt que chercher à les prévenir; par ce moyen, on évitera des tractions trop fortes sur la colonne vertébrale, et la moelle épinière, et la naissance du fœtus ne sera pas trop précipitée.

XXXII. Pour terminer la version par les pieds avec le plus de facilité possible, et par conséquent avec le moins de douleur possible pour la mère et le moins de risque pour le fœtus, il faut que l'accoucheur ait continuellement présent à l'esprit les faits suivans : la colonne vertébrale ne peut se fléchir que sur sa partie antérieure; c'est aussi en avant que s'opère la flexion de la tête et celle des cuisses; c'est aussi dans ce sens qu'il faut ramener les membres inférieurs. Dans tous les cas, on ne peut faire parcourir à la tête sur son axe plus d'un quart de cercle sans tordre le cou de l'enfant; enfin, pour que la terminaison de l'accouchement soit facile et avantageuse lorsque ce sont les pieds qui viennent les premiers, il faut que la surface antérieure de son corps corresponde à la région postérieure du bassin.

XXXIII. Lorsque, après avoir opéré la version du fœtus par les pieds, tout le corps est au-dehors et qu'il ne demeure plus que la tête dans l'intérieur des parties, il ne faut jamais faire de fortes tractions sur le corps. Si l'on éprouve quelques difficultés, on ne doit pas hésiter à appliquer le forceps sur la tête de l'enfant.

XXXIV. On peut regarder le forceps comme la plus importante découverte qu'on ait faite dans l'art des accouchemens. C'est le plus utile de tous les instrumens de chirurgie; en effet, nul autre n'a comme lui le double avantage de conserver la vie à plusieurs individus à la fois, sans nuire à aucun d'eux. Il est vrai que quelques accoucheurs, par ignorance, par défaut de confiance dans les ressources de la nature, par précipitation, ou pour frapper l'esprit du

vulgaire, emploient le forceps dans beaucoup de cas où son usage n'est pas indiqué; il est vrai aussi que, manié par des mains inhabiles, il peut produire les désordres les plus graves dans les parties de la mère et du fœtus; mais quel est l'instrument auquel on ne puisse adresser de semblables reproches ?

XXXV. On a voulu apporter au forceps plusieurs perfectionnemens; mais il n'en est aucun qui offre plus d'avantages réunis que celui de *Levret*. Aussi les plus célèbres accoucheurs de nos jours ne se servent-ils que de celui-ci; il est cependant quelques modifications qu'il me semblerait bon d'y apporter; par exemple, de l'allonger un peu, d'après les vues de *Péan ;* faire disparaître son filet à sa face concave, d'après l'idée de M. *Flamant;* le terminer par des crochets mousses, comme l'a conseillé M. *Dubois ;* sans épaulement près de son entablure, et sans plaque pour en fixer le pivot; c'est le forceps, ainsi modifié, que préfère M. *Velpeau*, jeune praticien très-distingué.

XXXVI. L'usage du forceps a des bornes au-delà desquelles il devient non-seulement inutile, mais encore dangereux, et la manière de s'en servir n'est pas arbitraire. Son application est soumise à de certaines règles, et c'est de l'observation de celles-ci que dépendent les avantages qu'on doit attendre de ce moyen. Appliqué sans méthode ou sans principe, loin d'obtenir le bien qu'on s'en promet, il ne sert quelquefois qu'à perpétuer les obstacles, et l'on ne peut, dans plusieurs cas, terminer par son moyen l'accouchement que la nature aurait aisément terminé si on ne l'eût pas contrariée.

XXXVII. Presque tous les accoucheurs disent que l'on doit montrer le forceps à la femme et lui en expliquer le mécanisme avant de l'appliquer; je crois que l'on doit plutôt le lui cacher; si elle le voit, elle en est effrayée, elle se le figure moitié plus long qu'il n'est réellement, et croit qu'il va lui traverser le ventre, si je puis m'exprimer ainsi. Dans toutes les opérations de chirurgie, on a bien soin de ca-

cher au malade tous les instrumens qui vont servir à l'opération; je pense qu'il doit en être de même du forceps dans les accouchemens qui en exigent l'emploi.

XXXVIII. Le forceps ne doit jamais être appliqué que sur la tête de l'enfant; cette partie seule offre assez de solidité pour soutenir sans inconvénient la pression qu'il doit exercer; c'est à tort que *Smellie* a conseillé de le placer aussi sur le bassin.

XXXIX. On doit y avoir recours, 1°. toutes les fois que la tête est trop volumineuse ou le bassin trop étroit; 2°. lorsque la matrice est dans l'inertie, qu'on a fait de vaines tentatives pour remettre en jeu sa contractilité; 3°. dans le cas d'enclavement; 4°. lorsqu'un accident quelconque rend l'extraction du fœtus indispensable.

XL. Il ne faut y avoir recours que lorsque son utilité est bien reconnue, parce qu'il n'est pas permis de déranger sans besoin une fonction naturelle, en supposant qu'il soit toujours inoffensif pour la mère et l'enfant; ce qui n'a pas toujours lieu, surtout pour la mère. Ainsi on ne doit jamais avoir recours au forceps dans la vue seulement de délivrer plus vite la femme parce que l'on est ennuyé de demeurer auprès d'elle. Il faut attendre si l'on présume que l'accouchement puisse se faire naturellement, et ne pas se laisser entraîner par les instances de la femme, si elle le demande.

XLI. Son application ne peut avoir lieu que lorsque le col est suffisamment dilaté, la tête déjà engagée dans le détroit supérieur ou descendue dans l'excavation, le tronc sorti ou non. M. *Flamant* a conseillé de l'appliquer lorsque la tête est encore libre et mobile au détroit supérieur; ce qui me paraît extrêmement difficile, sinon impossible.

XLII. La réduction de la tête par le forceps est en général moindre

qu'on ne le pense; il est impossible de la déterminer d'une manière exacte et précise, on peut seulement, sinon assurer, du moins fortement présumer qu'une réduction de deux à quatre lignes n'est point nuisible, et qu'au-delà elle est presque toujours mortelle pour l'enfant.

XLIII. On peut appliquer le forceps sans danger pour l'enfant lorsque le bassin de la femme est bien conformé, et qu'il s'agit uniquement d'ajouter ou de suppléer aux forces de la mère, ou de prévenir les suites de quelque accident, sans être obligé d'opérer la réduction de la tête; il n'en est pas de même lorsqu'il y a disproportion entre la tête et la filière osseuse qu'elle doit traverser, en sorte que les praticiens le regardent comme très-dangereux lorsque le bassin n'a que trois pouces du pubis au sacrum, et comme mortel lorsqu'il n'a que trois pouces moins quelques lignes.

XLIV. Il faut bien connaître la position de la tête de l'enfant avant de l'appliquer, si l'on ne veut point tomber dans les plus graves erreurs.

XLV. Dans l'application du forceps, la main qui reste libre doit toujours servir de guide aux branches, et être dirigée en arrière du côté des symphyses sacro-iliaques; elle doit d'ailleurs être placée, savoir, entre la matrice et la tête, lorsque celle-ci est encore renfermée dans l'utérus, et entre le vagin et la tête lorsque celle-ci a franchi le col utérin. On doit introduire la main tout entière dans le vagin ou l'utérus s'il est nécessaire; la main une fois ainsi appliquée, le plus difficile est fait; l'application du forceps est ensuite facile : de cette manière on évite de blesser la matrice ou le vagin. En omettant ce précepte, on expose la femme et le fœtus aux plus graves accidens.

XLVI. Ses cuillères doivent embrasser le plus exactement possible les deux côtés de la tête, dans la direction du diamètre occipito-men-

tonnier; si cependant on ne pouvait parvenir à les y placer, il faudrait les conduire sur les parties latérales du bassin.

XLVII. Il faut toujours placer la branche gauche la première, parce que c'est elle qui doit rester en dessous; il faut en excepter la position occipito-iliaque gauche, qui exige que l'on applique d'abord la branche droite, si l'on veut éviter de saisir la tête par l'occiput et le front.

XLVIII. Il faut toujours ramener le bord concave des cuillères en avant, de quelque manière qu'elles aient d'abord été portées : ainsi si la tête avait d'abord été saisie par les extrémités de son diamètre occipito-frontal, et qu'elle ne se fût pas retournée d'elle-même en descendant entre les serres de l'instrument, il faudrait l'abandonner au détroit inférieur, pour la reprendre dans la direction du diamètre occipito-mentonnier, si l'application du forceps était encore utile.

XLIX. Il faut tirer sur le forceps dans la direction des axes, toujours avec douceur, jamais avec précipitation ni par saccades; il ne faut tirer à droite et à gauche qu'au moment où la tête est descendue dans l'excavation du petit bassin et remplit la vulve. Ces tractions sont alors utiles pour dégager la tête en ménageant le périnée.

L. Il faut ôter le forceps lorsque la tête n'est plus arrêtée dans le détroit inférieur que par les parties molles, afin d'éviter la déchirure du périnée, en permettant à la vulve de se dilater avec plus de lenteur. La nature termine alors l'accouchement, ou bien on aide à la sortie de la tête avec les deux mains.

LI. L'enfant sur lequel on a été obligé d'appliquer le forceps naît souvent dans un état apoplectique occasionné par la compression du cerveau; il faut promptement mettre tout en œuvre pour le rappeler à la vie; il faut aussi examiner si le périnée de la femme n'a point été déchiré, pour y remédier s'il l'a été.

LII. Parce que des fœtus ont été victimes de l'application du forceps, et que des femmes en ont beaucoup souffert, on a voulu le proscrire à cause des maux qu'il causait à l'un et à l'autre. Ces reproches ne sont pas fondés; car si les branches sont bien appliquées, on évitera les plis des tégumens de la tête, qui ne seront pas excoriés. Si on les serre assez, l'instrument ne glissera pas; et si on s'est assuré des rapports du bassin avec la tête, on n'exerce pas une compression trop forte, qui pourrait l'écraser.

LIII. Quand l'utérus est pincé avec l'extrémité des cuillères, c'est qu'on n'a pas eu la précaution de les introduire entre cet organe et la tête. Quand l'intérieur de l'utérus est blessé, c'est qu'au lieu de faire glisser la cuillère sur la tête du fœtus, on l'a dirigée vers l'utérus; et quand les parties de la mère sont froissées ou déchirées, c'est qu'on a attiré la tête dans une mauvaise direction, et qu'elle a comprimé trop long-temps ces parties sur quelques points résistans du bassin. Quand le périnée est déchiré, c'est qu'on a négligé de relâcher la peau qui aborde le passage; et si l'on a rompu quelquefois le cordon ombilical, c'est qu'on l'avait saisi maladroitement entre la cuillère et la tête. Je vais rapporter trois exemples d'accidens mortels survenus par l'application du forceps, accidens qui, je crois, sont dus à la négligence ou à l'impéritie de l'accoucheur. Le premier est rapporté par madame *Lachapelle :* j'ai vu les deux autres à l'hôpital de la Charité.

Marie Mar...., âgée d'environ ving-trois ans, avait eu déjà trois enfans. Elle était faible et lymphatique, enceinte de neuf mois. Elle commença à souffrir le 22 juin; les membranes se rompirent le 26 au matin. Le 29, on essaya d'aller chercher les pieds, puis d'appliquer le forceps. Après des efforts répétés inutilement, on appela madame *Lachapelle.*

Le toucher lui apprit que la face se trouvait engagée dans le détroit supérieur, et que le vagin était séparé en arrière du col de l'utérus par une large déchirure qui donnait passage à deux portions

d'intestin. Elle tâcha d'aller chercher les pieds, et sa main fut à peine entrée dans l'utérus, qu'elle lui fit sentir une nouvelle lésion, c'est-à-dire une ample rupture à gauche et en arrière.

La première était due sans doute à l'extrémité des branches du forceps qui avaient été poussées vers le haut du vagin, et l'avaient déchiré. La seconde lésion avait été produite par la main, lorsqu'on avait essayé la version du fœtus.

Madame *Lachapelle* eut l'enfant mort, et la femme succomba le lendemain.

Il entra l'an dernier, à l'hôpital de la Charité, une femme avec une fistule iléo-vaginale ; cette fistule était située à la partie postérieure et supérieure du vagin. La malade avait eu un premier enfant qui vivait, et dont l'accouchement avait été naturel. Elle nous dit qu'elle était enceinte de neuf mois, qu'il y avait deux jours qu'elle avait des douleurs, et que les eaux s'étaient écoulées il y avait deux heures lorsqu'on appliqua le forceps ; que les douleurs avaient diminué après la rupture de la poche des eaux ; que l'accoucheur avait introduit à plusieurs reprises sa main dans l'intérieur des parties, et qu'il l'avait fait beaucoup souffrir, sans pouvoir terminer l'accouchement ; qu'il lui avait alors proposé l'application du forceps, et qu'elle ne s'y était pas refusée, dans l'espoir d'être promptement délivrée. Son application lui avait, nous dit-elle, occasionné les douleurs les plus vives ; il lui semblait qu'on lui arrachait les intestins du corps (ce sont ses propres expressions) et l'enfant fut extrait mort. Cette femme était âgée de vingt-six ans, d'une constitution assez forte. Il y avait vingt-huit jours qu'elle était accouchée lorsqu'on l'apporta à l'hôpital ; ses traits étaient un peu décomposés. Tous les alimens qu'elle prenait sortaient à moitié digérés par la vulve. Cette infirmité était on ne peut plus dégoûtante, et la malade désirait en être débarrassée à quelque prix que ce fût ; mais malheureusement on ne voyait aucun moyen de pouvoir y remédier sans beaucoup exposer les jours de la malade, ce qui fit temporiser quelques jours ; elle dépérissait de jour en jour, et paraissait finir par succomber dans le marasme. Le

chirurgien se laissa enfin aller à ses instances, et tenta une opération : la malade succomba deux jours après.

Il est certain, d'après les renseignemens de la femme, que le forceps avait été employé dans cette circonstance intempestivement, que l'accouchement aurait pu se terminer naturellement; l'accoucheur était donc doublement coupable : 1°. il avait appliqué le forceps lorsque son emploi n'était pas encore indiqué; 2°. ensuite il l'avait mal appliqué : il devait donc avoir à se reprocher la mort de cette femme, et peut-être celle de l'enfant.

On apporta à l'hôpital de la Charité, le 10 juillet 1829, une femme âgée de trente-six ans, d'une forte constitution, qui avait une fistule vésico-vaginale. Elle était accouchée depuis six semaines ; elle s'était assez bien portée pendant tout le temps de sa grossesse, et accoucha à terme. Elle avait été prise de douleurs de l'enfantement à six heures du soir : elle fit aussitôt appeler une sage-femme. Les douleurs se succédaient avec assez de rapidité. A onze heures, la poche des eaux se rompit. La sage-femme la toucha aussitôt après, et dit que l'accouchement serait sans doute difficile; qu'il fallait aller chercher un accoucheur. On y alla: celui-ci arriva une heure après la sortie des eaux. Les douleurs avaient alors cessé. Il toucha la femme, et sans chercher à rappeler les douleurs, dit qu'il allait promptement la délivrer au moyen du forceps. La pauvre malheureuse, désirant être délivrée le plus tôt possible, ne s'y refusa pas : il l'appliqua donc aussitôt. L'enfant fut ainsi extrait avec une rapidité extrême; mais, lorsque l'on tira avec le forceps sur la tête du fœtus, la femme éprouva les douleurs les plus vives. L'enfant était vivant, mais la peau de la face, ainsi que celle des tempes, était par lambeaux. On avait été obligé de la réunir au moyen de sutures. Les douleurs continuèrent à être très-vives dans l'intérieur du vagin après l'accouchement. La malade s'en plaignit à son accoucheur, et lui dit que ses urines coulaient continuellement par le vagin. Celui-ci porta le doigt indicateur dans le vagin de cette femme, et lui dit que tout était dans l'état naturel; que les parties avaient été froissées par la sortie de la tête du

fœtus hors la vulve, et qu'elles étaient un peu irritées, mais que cela se dissiperait peu à peu. Il lui fit prendre des demi-bains et des lavemens émolliens, et lui fit faire des injections émollientes dans le vagin, sans que la malade éprouvât aucun soulagement. Celle-ci, après six semaines de souffrances, fit enfin appeler un autre médecin, qui, après l'avoir touchée, lui dit la cause de ses douleurs, et l'engagea à entrer dans un hôpital pour se faire guérir. Elle fut apportée à l'hôpital de la Charité. Lorsque nous l'examinâmes, nous trouvâmes, à la partie supérieure et postérieure du vagin, à deux pouces de l'entrée, une ouverture qui faisait communiquer la vessie avec le vagin, et couler les urines dans le vagin. Cette ouverture avait lieu au col de la vessie, et avait environ quinze lignes d'étendue. On chercha à y remédier le plus vite possible. M. *Roux*, avec sa dextérité et son habileté ordinaires, fit disparaître cette difformité au moyen de la suture entortillée. La malade allait parfaitement le lendemain de l'opération. Le quatrième jour, on ôta les fils, et la réunion était parfaite. La malade paraissait être sur le point d'être rétablie par l'opération que lui avait faite l'inventeur de la staphyloraphie dans un endroit où il n'avait pu être guidé que par le toucher. Mais, six jours après l'opération, une fièvre rémittente pernicieuse s'empara de la malade, et elle succomba quatre jours après, en répandant des invectives contre celui qui l'avait accouchée, et le regardant comme la cause de sa mort.

Cette femme avait déjà eu quatre enfans : on avait aussi employé le forceps pour extraire le premier ; mais l'enfant était venu vivant, et la femme n'en avait point souffert. Les trois autres accouchemens avaient été naturels, et tous les enfans étaient venus à terme et vivans. Le même accoucheur l'avait délivrée dans ses quatre premiers accouchemens; un autre avait été appelé pour le cinquième. Il est évident que, dans cet accouchement, on s'était servi du forceps avec trop de précipitation; qu'il avait été extrêmement mal appliqué, et que l'on avait amené trop brusquement la tête hors des parties avec cet instrument. L'accoucheur était donc doublement coupable, et son

ignorance avait conduit au tombeau cette pauvre malheureuse, après lui avoir fait souffrir les plus grands maux.

Des faits de ce genre ne sont malheureusement que trop communs dans les campagnes surtout, où l'on ne peut souvent appeler plusieurs médecins dans les accouchemens difficiles, avantage que l'on peut trouver dans les grandes villes. Aussi je trouve plus coupable le médecin qui, dans une grande ville, se trouvant embarrassé auprès d'une femme en travail, ne veut point s'aider des conseils d'un confrère, préfère être seul, et devient le meurtrier de la femme ou de l'enfant, et quelquefois de tous les deux, que celui qui, se trouvant seul auprès d'une femme en travail au milieu d'une campagne, n'a souvent pas le temps d'appeler un confrère, et est obligé de terminer promptement l'accouchement pour sauver la femme et l'enfant, et malgré ses soins les voit succomber.

LIV. Les lésions produites par des instrumens conduits par des mains ignorantes se remarquent presque toujours en arrière, ainsi que nous l'avons vu dans les trois exemples que j'ai rapportés. Cela tient, à mon avis, à la direction de l'axe du détroit inférieur, dans laquelle ces instrumens sont toujours poussés alors; ils vont heurter le haut du vagin, et le déchirent avec d'autant plus de facilité que c'en est la partie la plus faible et la plus dépourvue de tissu cellulaire, car le péritoine seul recouvre la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin.

LV. Je crois que l'on peut obtenir de bons effets du seigle ergoté dans le cas d'inertie de la matrice. Il faut espérer que, lorsque ses effets seront mieux connus, et que l'on saura l'employer en temps opportun, il sera moins souvent besoin d'avoir recours à l'emploi du forceps.

LVI. Presque tous les praticiens modernes recommandent de ne point tirer sur le placenta avant qu'il ne soit complètement décollé

et se présente de lui-même à l'orifice utérin. Je pense qu'aussitôt que la main appliquée sur l'hypogastre reconnaît que la matrice se contracte avec une certaine force, on doit aider à la délivrance par de légères tractions sur le cordon; mais si le globe utérin ne se forme pas, on doit attendre, ou mettre en usage les moyens indiqués contre l'inertie de la matrice.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed et ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Mulierem in utero gerentem ab aliquo morbo corripi, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 30.

IV.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

V.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, ubi autem fastidia ipsi accidant; hanc in utero gerere putato. *Ibid.*, *aph.* 61.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.